

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 36

LE LYMPHADÉNOME DU RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille MALGAT

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né le 14 Avril 1884, à Montboudif (Cantal)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

6 et 8, Rue des Maisons-Neuves, 6 et 8
VILLEURBANNE

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 36

LE LYMPHADÉNOME DU RECTUM

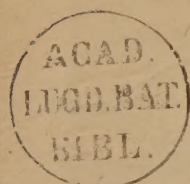
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Camille MALGAT

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né le 14 Avril 1884, à Montboudif (Cantal)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

6 et 8, Rue des Maisons-Neuves, 6 et 8
VILLEURBANNE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.....	DOYEN.
J. COURMONT.....	ASSESEUR.
LORTET.....	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.....	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.....	X.
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....	BEAUVISAGE.
Physiologie.....	GUART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	RENAULT.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....	COLLET.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Hygiène administrative.....	LESIEUR.	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embriologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.).	GAYET.	MARTIN (Et.).	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	LATARJET Ch....
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE.	BERTEL Ch.
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; BÉRARD, Assesseur ;
PATEL et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE, A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

*à qui je dois tout, j'offre ce travail,
faible témoignage de profonde affec-
tion et d'infinie reconnaissance.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE, ANCIEN CHIRURGIEN-MAJOR
DE L'HOTEL-DIEU, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Nous garderons un souvenir précieux de son enseignement magistral.
Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.*

A M. le Professeur Agrégé BÉRARD

qui a bien voulu faire partie de notre jury, et qui nous a donné l'observation fondamentale de ce travail.

A nos MAITRES CIVILS et MILITAIRES
de Lyon et de Montpellier.

A M. le Docteur A. CHALIER

PROSECTEUR

*C'est à lui que nous devons l'idée
de ce travail ; il ne nous a pas ménagé ses conseils et a droit à toute
notre reconnaissance.*

INTRODUCTION

Le lymphadénome du rectum est une affection caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par la présence de *tissu lymphoïde* dans l'épaisseur du rectum. Cette variété de tumeur est très rare et à notre connaissance, aucun travail d'ensemble n'a été fait sur ce sujet, tant dans la littérature médicale française que dans les publications étrangères. Les seules données scientifiques d'après lesquelles on puisse écrire son histoire, sont formées par quelques rares observations, publiées en Angleterre, en Allemagne et en France. Aucun des chirurgiens qui ont eu l'occasion d'en observer quelque cas, n'a essayé de grouper les diverses observations pour donner la description de cette maladie. La raison en est que ces matériaux étaient insuffisants, les malades mal suivis et trop peu nombreux.

Quoi qu'il en soit, grâce aux observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale, et grâce à une observation inédite, du service de M. le professeur Poncet et due à l'obligeance de

MM. L. Bérard et A. Chalier, nous espérons pouvoir fixer les principaux caractères anatomiques et cliniques du lymphadénome du rectum et décrire ainsi une forme mal connue de la « *diathèse lymphogène* », de Jaccoud.

En raison du petit nombre de documents dont nous disposons pour écrire ce travail, on voudra bien ne pas y chercher ce que nous n'avons pas trouvé dans nos quelques observations. Notre but est seulement d'attirer l'attention sur un sujet nouveau et de montrer qu'à côté des diverses tumeurs du rectum, épithéliomas, sarcomes, lipomes, myomes, etc., bien isolées actuellement, il y a place pour une autre variété de néoplasie : le lymphadénome. Il ne pouvait d'ailleurs en être autrement au nom de la pathologie générale et Gilbert a pu écrire, « que les productions lymphadéniques peuvent apparaître un peu partout, dans les différents organes. »

Le plan que nous adopterons ici est le suivant :

Dans un premier chapitre, nous passerons rapidement en revue *l'historique* de nos connaissances sur le lymphadénome en général, sur celui du rectum en particulier.

Nous en ferons la *description anatomique*, macroscopique et microscopique.

Nous ne réserverons qu'un court développement aux vagues notions *étiologiques* que nous possédons sur cette affection.

Dans un quatrième chapitre nous essayerons de préciser son *aspect clinique*.

Nous indiquerons ensuite les complications possibles, l'évolution et le pronostic de l'affection.

Nous terminerons enfin cette étude par un chapitre de *thérapeutique*.

Ce travail étant exclusivement basé sur des faits précis, nous donnerons *in extenso* notre observation personnelle et les quelques observations publiées par les auteurs.

Arrivé au terme de notre scolarité, et sur le point d'entrer dans la carrière qui s'ouvre devant nous, il est un devoir pour nous de remercier tous ceux qui nous ont témoigné quelque intérêt au cours de nos études médicales. Ces remerciements sont d'autant plus vifs et sincères, qu'ils sont la seule façon pour nous d'acquitter les dettes de reconnaissance contractées envers tous ceux qui ont travaillé à notre instruction.

M. le Professeur Poncet nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider cette thèse ; qu'il veuille nous permettre de lui exprimer notre profonde et respectueuse gratitude.

Nos remerciements iront ensuite à nos maîtres de Montpellier où nous avons commencé nos études médicales.

Nous tenons à remercier nos maîtres civils de la Faculté de Lyon. Nos maîtres militaires ont également droit à toute notre gratitude. En particulier, que M. le médecin-major Spick, qui a bien voulu mettre ses documents à notre disposition pour la rédaction de ce modeste travail soit assuré de notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'histoire du lymphadénome ne remonte pas très loin et cette affection d'abord purement médicale ne devint que bien plus tard du domaine de la chirurgie. C'est en effet un médecin anglais, Hodgkin, qui décrivit, en 1832, pour la première fois, certaines hypertrophies ganglionnaires généralisées, si bien que l'affection qu'il signalait devait porter son nom. Plus tard, en 1845, Bennett et Virchow furent frappés par la coexistence de certaines tumeurs ganglionnaires avec hypertrophie de la rate et augmentation des globules blancs dans le sang. D'où le terme de « *leucémie* » donné par Bennett à cette affection, et celui de « *leucocythémie* » par Virchow. Dès cette époque, on constate la néoproduction de tissu lymphatique dans d'autres organes, en particulier dans le foie, le rein et le tube digestif. En 1857, Bonfils montra que ces néoformations pouvaient se produire sans que le sang soit altéré; c'était l'« *adénie* » que Trousseau devait décrire quelques années plus tard de main de maître. On distinguait donc alors la leucémie et l'adénie; et pour mieux reconnaître l'unité de ces deux affections, pour mieux indiquer leur tendance com-

mune à se généraliser, on parla de « *diathèse lymphogène* » (Jaccoud) dont le lymphadénome n'est que la manifestation. Les histologistes, et en particulier Ranvier, étudièrent bien cette tumeur qui peut siéger dans beaucoup d'organes. Dès lors, l'attention des chirurgiens était attirée vers le lymphadénome, qui rentra dans le domaine de la pathologie externe. A partir de cette époque, nous voyons un grand nombre d'observations de ces tumeurs rapportées à propos d'organes les plus variés. Aussi Gilbert pouvait-il écrire dans le traité de Médecine de Charcot et Bouchard, que les productions lymphadéniques peuvent apparaître un peu partout, dans le *foie*, la *rate*, les *reins*, le *pancréas*, l'*amygdale*, les *os*, la *peau*, etc. ; dans les organes qui contiennent normalement du tissu lymphoïde et dans ceux, qui n'en contiennent pas. Il n'est donc pas étonnant de trouver ces néoformations au niveau du tube digestif qui est si riche en formations lymphoïdes. La moindre abondance de celles-ci au niveau du rectum nous explique peut-être la rareté de la localisation du lymphadénome à ce niveau. Si l'on consulte en effet la littérature médicale, on voit que le lymphadénome du rectum a été pendant bien longtemps ignoré ; les auteurs ont attiré d'abord l'attention sur la *lymphadénie intestinale*, et la première observation de cette localisation est d'origine française ; elle fut publiée par Briquet dans l'Institut Médical, en 1839, avec planches reproduites dans l'atlas de Cruveilhier. Dans cette observation, on reconnaît la plupart des lésions intestinales du lymphadénome.

En 1845, Craigie, trouve des altérations intestinales dans un cas de lymphadénie ganglionnaire, altérations créées par l'hypertrophie des follicules clos. Virchow, Schreiber, Friedreich, Wunderlich, publièrent de nouvelles observations soit de formes localisées, soit de formes diffuses, constituant toutes des découvertes d'autopsie. Béhier, en 1868, signala des cas analogues et créa le terme de « leucocythémie intestinale » Depuis, les observations ont été nombreuses, et cette localisation du lymphadénome au niveau de l'intestin, a été bien étudiée par Gilly dans sa thèse, en 1886. Mais dans toutes ces observations, la lymphadénie siège uniquement au niveau de l'intestin grêle.

C'est en Angleterre que les premières observations de lymphadénome du rectum ont été publiées: les auteurs frappés de la structure spéciale de certains « polypes » mentionnent sans grands commentaires le résultat de leurs examens microscopiques. En 1882, Harrison Cripps (in Transactions of the pathological Society of London, 1881-82 vol XXXIII p. 165,) signale le premier deux cas de *lymphadénome du rectum*; l'un chez un jeune homme de 19 ans, l'autre chez la sœur de celui-ci. Les caractères histologiques qu'il décrit, répondent en effet parfaitement à ce genre de tumeurs. Ball, en 1887, donne le dessin d'un polype du rectum qu'il avait extirpé chez un enfant de 6 ans atteint de prolapsus; les caractères généraux étaient ceux d'un adénome, mais un examen histologique minutieux montra que ce polype était presque entièrement composé de tissu adénoïde;

toutefois il existait des traces de glandes. Ball considère ces exemples de polypes lymphadénoïdes comme rares et non décrits.

Il a soin de les distinguer des productions lymphosarcomateuses, qui infiltrent diverses parties de l'intestin, et qu'on peut rattacher, dit-il, à la maladie d'Hodgkin. Il a observé, une fois, au rectum la localisation de ces infiltrations malignes ; le malade était un vieillard de 60 ans, se plaignant d'hémorroïdes et de constipation. En l'examinant, le chirurgien découvrit une tumeur occupant l'excavation sacrée et obstruant le rectum ; le muqueuse était mobile sur la tumeur et celle-ci était elle-même mobile sur les os de la ceinture pelvienne. Une tentative d'extraction fut faite à l'aide de la rectotomie linéaire ; le tissu néoplasique était mou, s'écrasant sous le doigt ; le malade succomba à une périproctite septique. A l'autopsie, on trouva que la production infiltrait la paroi postérieure du rectum et paraissait avoir débuté par la tunique musculaire ; les ganglions lombaires et pelviens étaient augmentés de volume. Abraham fit l'examen histologique et déclara que la structure était celle du lymphosarcome.

En 1890, Schattok (in Transaction of the pathological Society of London 1890,) décrit des polypes, à structure spéciale chez un enfant : Ces polypes étaient constitués exclusivement de tissu lymphatique ; c'étaient des polypes lymphadénoïdes, des lymphadénomes.

En 1895, Schwab (in Beitrag zur klinische Chirurgie XVIII) publie une observation de lymphadénome

du rectum recueillie dans la clinique de Czérny. Il s'agissait d'une tumeur diffuse intéressant le rectum, l'S Iliaque, et le côlon chez un homme de 37 ans.

En 1897, A. Broca (in Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale 1898, p. 487) rapporte un cas de lymphadénome rectal à l'hôpital Trousseau. La pièce est reproduite à la page 363 de la Chirurgie du rectum, de Quénu et Hartmann (tome II); les figures histologiques sont présentées page 365.

En 1897 également, Félizet et Branca signalent un cas de lymphadénome rectal chez une fillette de huit ans. (Bulletin de la Société Anatomique de Paris, février 1897, page 161). De leur examen histologique, ils concluent nettement qu'ils ont affaire à une tumeur formée de tissu adénoïde.

Enfin, en 1907, dans la clinique de M. le Professeur Poncet un cas analogue est observé chez une femme de 36 ans. La malade est opérée par M. le professeur agrégé Bérard, et c'est à propos de ce cas, sur le conseil de M. A. Chalié, prosecteur, que nous avons jugé utile de présenter une étude d'ensemble de cette affection afin d'en préciser l'anatomie pathologique, l'aspect clinique et les indications thérapeutiques.

Malgré toutes nos recherches il nous a été impossible de trouver d'autres observations de ce genre dans la littérature médicale, tant en France qu'à l'Etranger.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Le lymphadénome du rectum peut se présenter sous deux formes anatomiques distinctes :

1° La forme *circonscrite*.

2° La forme *diffuse*.

Dans la première, le lymphadénome est limité au rectum.

Dans la seconde, au contraire, on rencontre disséminées sur le rectum, l'S iliaque et même le côlon, quelquefois même dans toute son étendue, une série de tumeurs de volume variable.

La fréquence de ces deux variétés de lymphadénome est la suivante : sur sept observations, six fois la tumeur était localisée, une fois elle était diffuse.

La variété circonscrite est donc la plus fréquente, mais il ne faut pas négliger la forme diffuse dont l'intérêt chirurgical est considérable.

I. — *Caractère macroscopique.*

1° Dans la *forme circonscrite*, le lymphadénome peut se présenter sous des formes multiples.

Dans certains cas la tumeur peut se présenter sous l'aspect d'une ou deux masses légèrement lobulées, revêtues par la muqueuse. La section de l'une de ces masses montre qu'elle est formée par la réunion de masses distinctes placées côte à côte (observation de Shattok).

D'autres fois, la tumeur est localisée à la face antérieure du rectum. Implantée par un pédicule court, elle ressemble à une grappe de raisin (observation de Broca).

Le lymphadénome peut également se localiser à la face postérieure du rectum, à 3 travers de doigt au-dessus de l'anus. C'est une tumeur rouge, lisse, à peine lobulée, grosse comme une cerise, implantée par un pédicule large et court (observation de Félizet et Branca).

Dans d'autres cas, comme dans les observations d'Harrison Cripps, on peut observer un nombre considérable (20 à 30) de tumeurs polypeuses molles, à pédicule généralement petit, sans induration de la muqueuse sur laquelle elles sont développées.

Les variétés précédentes sont les *variétés polyptiformes* ; mais il y a aussi la *forme sténosante*, dont notre observation inédite forme le type. La tumeur intéresse les trois quarts inférieurs du rectum ; le rétrécissement occupe la partie supérieure de l'ampoule. Exactement annulaire, il a la forme d'une valvule recouverte de points jaunâtres et reposant sur un tissu lardacé et plus ou moins œdémateux.

2° Dans la *forme diffuse*, les productions polypeuses deviennent multiples et s'étendent à des

parties du gros intestin autres que le rectum. L'S iliaque et le côlon, jusqu'au cœcum, peuvent aussi présenter un nombre considérable de ces tumeurs polypiformes. Dans le cas de Schwab, l'S iliaque surtout est atteint ; c'est au niveau du rectum, que les polypes sont en moins grand nombre. Leur pédicule a des dimensions variables ; leur volume va de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Beaucoup de ces tumeurs ressemblent à des nodosités de la muqueuse.

II. — *Histologie pathologique.*

Les tumeurs dont nous avons rassemblé les observations et l'observation inédite que nous apportons dans cette thèse, appartiennent à une variété spéciale de tumeurs conjonctives. Il est bon d'établir les caractères histologiques de ces tumeurs et de signaler les particularités qui leur permettent de former un groupe nosologique à part dans la pathologie. Mais tout d'abord une remarque s'impose. Si la délimitation exacte des tumeurs épithéliales et leur classification est faite et bien arrêtée par tous les auteurs, il n'en est plus de même pour les tumeurs conjonctives en général et pour le lymphadénome en particulier. Ce groupe est encore assez confus, la classification n'en est pas faite, les anatomo-pathologistes n'étant pas d'accord à leur sujet. Cette confusion est en particulier très grande en ce qui concerne le lymphadénome et le lymphosarcome. Souvent les auteurs surtout à l'étranger, ne distinguent pas le sarcome

globo-cellulaire du lymphadénome ni du lymphosarcome, et au milieu de cette confusion, il est difficile de se retrouver.

Dans beaucoup d'observations étrangères, les diagnostics sont formulés de la façon suivante : « Sarcome formé de petites cellules rondes avec réticulum très peu développé, c'est-à-dire lymphosarcome ». Quoi qu'il en soit, le lymphadénome est mal défini à l'heure actuelle.

Dans son traité d'anatomie pathologique, Coyne (1893) écrit : « On ne doit pas confondre les lymphadénomes avec l'hypertrophie simple des ganglions. Certains auteurs ont voulu établir une variété de sarcome lymphadénoïde, dans lequel le tissu pathologique serait formé d'un réticulum délicat, renfermant des cellules rondes, différentes des cellules lymphatiques par leur volume qui serait le double de ces dernières. Ces tumeurs appartiennent au groupe des sarcomes globo-cellulaires ».

Brault (in manuel d'histologie pathologique de Cornil et Ranvier) dit : « *Les lymphadénomes sont constitués par des néoformations correspondant au tissu adénoïde de His ou tissu conjonctif réticulé. Cette disposition suffit pour les définir, car aucune autre tumeur ne la présente. Les termes de lymphosarcome et de lympho-carcinome doivent être rejetés comme inutiles et capables d'entretenir la confusion. Quant aux sarcomes nés dans les ganglions, ou propagés à eux, on les appellera simplement sarcomes ganglionnaires ; ils n'appartiennent pas à la classe des productions adénoïdes ou réticulées* ».

A l'étranger, en Allemagne par exemple, Ribbert considère le terme de *lymphadénome* comme synonyme de *lympho-sarcome*, puisque l'élément caractéristique du lymphosarcome est son réticulum, analogue à celui des ganglions lymphatiques.

De même Zeigler, dit que le « *lymphosarcome est une variété de sarcome globo-cellulaire, qui reproduit la disposition du tissu réticulé des ganglions lymphatiques, avec un réticulum portant les vaisseaux de la tumeur* ». De toutes ces opinions, il ressort que le point caractéristique de ces tumeurs, sur lequel les auteurs sont d'accord : c'est l'existence d'un réticulum fin dans les mailles duquel se trouvent les éléments cellulaires, comme celui que présentent les ganglions lymphatiques. Le terme de lymphadénome doit donc être conservé pour les tumeurs à réticulum net. Comme le disent Le Dentu et Delbet, « toute tumeur dont le tissu présente un réticulum est un lymphadénome et non un sarcome. Ranger les tumeurs à réticulum dans les sarcomes, serait enlever arbitrairement l'importance du réticulum. Que le tissu adénoïde et le tissu conjonctif embryonnaire appartiennent à la même série, c'est incontestable ; qu'ils soient très voisins l'un de l'autre c'est possible et même aussi qu'il existe des formes de transition entre les deux et cependant ils ne sont pas identiques, et cliniquement les lymphadénomes ont une physiologie à part, qui ne permet pas de les confondre avec les sarcomes ».

Certains auteurs ne font pas de différence entre le lymphadénome et le lympho-sarcome ; si nous con-

servons dans notre travail du terme lymphadénome, nous ne préjugeons en rien sur les différences à faire entre le lymphadénome et le lympho-sarcome.

Nous nous contenterons de décrire ce que l'examen de notre coupe permet de voir; la description que nous allons faire est très analogue à celles faites dans les diverses observations que nous rapportons.

Sur la coupe du fragment prélevé, on n'aperçoit aucune formation pouvant se rapporter à la tuberculose; il n'y a en effet aucune des formations histologiques qui caractérisent cette infection: il n'y a ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes, ni îlots de caséification. Il n'y a également aucune formation pouvant faire songer à la syphilis ou à l'épithélioma. On constate un grand nombre de cellules arrondies à noyau net, bien développé, portant les vaisseaux de la tumeur. Les éléments cellulaires ne sont que des lymphocytes analogues à ceux des ganglions lymphatiques.

Nous trouvons donc dans notre tumeur les caractères qui définissent le lymphadénome.

La tumeur siège surtout au niveau de la sous-muqueuse et on peut se demander quel est le point de départ du lymphadénome. Il est difficile de le dire. Il nous semble que c'est au niveau du chorion de la muqueuse que commencent les lésions, la présence normale de tissu lymphoïde dans le rectum nous expliquant l'apparition du lymphadénome en ce point.

CHAPITRE III

Etiologie et pathogénie.

La localisation des tumeurs conjonctives, et plus particulièrement du *lymphadénome* qui nous occupe, au niveau du rectum est rare. Tandis que les autres tumeurs sont relativement fréquentes, le lymphadénome du rectum est à peine signalé dans les traités spéciaux. Les causes sont assez obscures de même que celles des autres tumeurs du rectum et on ne s'étonnera pas que nous ne puissions pas faire même des hypothèses à ce sujet. Nous ne pouvons nous en tenir qu'aux notions d'âge, de sexe.

La plupart des malades, dont nous rapportons les observations sont jeunes; ce sont généralement des enfants de 5 à 10 ans, quelques cas cependant concernent des adultes. Le lymphadénome rectal par sa prédominance dans le jeune âge paraît donc obéir aux mêmes lois étiologiques que la lymphadénie ganglionnaire.

Les deux sexes peuvent être intéressés sans prédisposition plus marquée de l'un ou de l'autre. L'influence de l'hérédité n'est pas connue; nous pouvons cependant signaler la présence du lymphadénome chez deux frères, dont l'observation est dûe à Harris-

son Cripps. Ce fait intéressant d'hérédité collatérale méritait d'être signalé. Dans l'observation inédite que nous présentons, le lymphadénome s'est produit chez une femme de 36 ans qui avait des antécédents syphilitiques mais l'influence de ces antécédents sur la formation du néoplasme n'est pas établie.

Quelle est la nature de ces tumeurs et comment se forment-elles? Leur pathogénie n'est pas encore élucidée, et actuellement il y a surtout deux façons de comprendre la question.

Pour les uns, le lymphadénome est une néoplasie. D'autres le considèrent comme le résultat d'une inflammation; ce serait pour eux une maladie infectieuse. C'est surtout Delbet qui soutient cette dernière opinion, et défend brillamment sa thèse séduisante par des arguments rationnels, anatomiques et bactériologiques. Il prend pour type la lymphadénie ganglionnaire.

Il cite les alternatives d'augmentation et de diminution qui n'appartiennent pas aux néoplasmes malins et il se demande si on voit un néoplasme malin envahir électivement un seul système anatomique comme la lymphadénie. Il y aurait aussi des élévations thermiques en rapport avec les poussées ganglionnaires. D'autre part, dans la lymphadénie, il y a une cachexie qui ne ressemble pas à celle du cancer.

Enfin, parmi ses autres arguments, Delbet s'appuie surtout sur un fait expérimental qui paraît donner beaucoup de force à sa théorie. Il a pu reproduire expérimentalement la lymphadénie par inoculation à un chien d'un bacille trouvé dans le sang d'une femme

atteinte de lymphadénie. Mais on peut lui opposer l'objection suivante : Si c'est une maladie infectieuse comment se fait-il que l'on puisse voir se former des tumeurs à tissu adénoïde dans des organes qui n'en renferment pas à l'état normal ? Ceci ne se passe qu'avec les néoplasmes.

Au surplus, le groupe des lymphadénomes doit être démembré. Il se compose peut-être de types pathogéniquement dissemblables, et c'est par la détermination de l'évolution clinique de ces diverses tumeurs, de leur inoculabilité, que cette étude de révision devra se poursuivre. D'ailleurs ce travail de classement a permis de distraire du groupe des lymphadénomes certaines tumeurs de nature tuberculeuse qui par leur nature et par leur évolution peuvent simuler le lymphadénome vrai (lymphadénie tuberculeuse de Sabrazès).

Quoi qu'il en soit, il nous est impossible d'éclairer la confusion qui règne encore sur ces tumeurs.

CHAPITRE IV

Etude clinique

Il est peut-être hasardeux de prétendre établir le *type clinique* de l'affection qui nous occupe avec les quelques faits relatés dans nos observations. Mais ce que nous savons des tumeurs du rectum en général et l'analyse des faits observés nous permettent, je pense, de donner une esquisse rapide des divers points de la symptomatologie.

Ce tableau clinique se présente sous des aspects assez variables, et cette diversité tient à la *forme* et à la *diffusion* également *variables* des néoproductions pathologiques.

Les faits cliniques que nous avons observés ou que nous avons recueillis dans les auteurs, se rapportent seulement au lymphadénome rectal isolé, survenant primitivement chez un individu sain, ne portant pas ailleurs de néoproductions anatomo-pathologiques de ce genre. Peut-être le lymphadénome secondaire du rectum existe-t-il, mais nous n'en avons pas trouvé d'exemples.

Quoiqu'il en soit, une première division s'impose. Il est bon de distinguer les néoplasmes *localisés* et les néoplasmes plus étendus, ayant *diffusé* dans la

totalité du rectum, remontant au niveau del'S Iliaque et du gros intestin, au niveau desquels ils forment une infiltration plus ou moins marquée. Cette distinction est importante parce qu'à chacun de ces types correspondent des symptômes, une évolution, des indications thérapeutiques différentes.

Dans la forme *localisée*, la présence de la tumeur ne se manifeste quelquefois que par des symptômes fonctionnels assez vagues, ne présentant rien de caractéristique, pouvant même passer inaperçus, s'il s'agit d'un jeune enfant. Dans certains cas, le malade a la sensation de corps étranger au niveau de l'anus comme dans le cas de Broca ; c'est *l'issue de la tumeur* qui constitue le premier phénomène de la maladie. Après une garde-robe un peu difficile, l'enfant a fait un effort violent et il expulse le néoplasme au-dehors de l'orifice anal. La réduction se fait spontanément au bout de quelques minutes, mais peu à peu la sortie de la tumeur devient plus facile. Généralement s'ajoutent quelques troubles de la défécation consistant surtout en constipation ; quelquefois aussi il y a de faux besoins, avec quelques épreintes ; mais ordinairement peu de douleurs.

L'écoulement sanguin est un symptôme assez fréquent, quelquefois le premier en date ; cette rectorrhagie est plus ou moins abondante, tantôt ce sont quelques gouttes de sang, tantôt ce sont des hémorragies plus abondantes, d'apparition fréquente, pouvant même par leur répétition amener une anémie considérable et une pâleur extrême.

Ces symptômes forment, dans certains cas, tout le

tableau clinique de l'affection ; ce ne sont que des signes banals que l'on rencontre dans la description des polypes :

Par le *toucher rectal* on arrive généralement sur une sorte de tuméfaction, saillante, plus ou moins proéminente dans l'intérieur de l'intestin. C'est quelquefois une sorte de champignon mou implanté sur le rectum par un pédicule plus ou moins court, pouvant rétrécir la lumière de l'intestin dans une certaine mesure. Si la tumeur est bas située et bien pédiculée, le doigt peut la ramener à l'extérieur et permettre de l'explorer directement. Le toucher rectal seul permet généralement de se rendre compte de la *forme* et du *volume* de la tumeur. Dans le cas de polype haut situé ne se laissant pas amener au-dehors, l'examen au spéculum permet l'examen direct.

Dans d'autres cas, par exemple dans l'observation de la clinique de M. le professeur Poncet, ce sont des signes de *rétrécissement chronique du rectum* qui passent au premier plan. Généralement il y a depuis longtemps une gêne dans la circulation des matières ; depuis plusieurs années, le malade est *très constipé*, et sa constipation devient de plus en plus opiniâtre en dépit de tous les moyens médicaux employés pour la combattre, les selles se font de plus en plus rares, et l'issue des matières est de plus en plus pénible. Il arrive un moment où le malade ne va plus à la selle spontanément. Malgré les purgations répétées, les lavements laxatifs, l'évacuation se fait à grand peine. Le passage des matières à travers un

point rétréci leur donne parfois un aspect caractéristique : elles sont aplaties, effilées comme passées au laminoir, surtout dans les néoplasmes bas situés. Généralement il y a aussi des phénomènes de rectite se manifestant par quelques douleurs et des glaires muco-sanguinolentes qui couvrent les matières.

La défécation peut devenir pour le malade très pénible et douloureuse, car elle s'accompagne de tenesme et nécessite beaucoup d'efforts. Quelquefois le malade accroît encore sa constipation en diminuant son alimentation pour éviter d'aller à la selle. Malgré tous ces efforts, l'évacuation ne se fait que d'une façon incomplète ; les matières s'accumulent et peuvent provoquer des *accidents aigus d'occlusion* ; si une intervention chirurgicale ne vient dénouer la situation, la terminaison fatale peut se produire au milieu des accidents de *sténose très marquée*.

Mais il y a le plus souvent des phénomènes d'*occlusion chronique* dans cette forme sténosante. Par suite de troubles digestifs le malade s'affaiblit. Il s'intoxique par rétention stercorale ; il y a retentissement profond sur l'état général qui s'altère et amène le malade progressivement vers la cachexie.

Au toucher rectal, on sent à une distance plus ou moins considérable de l'anus un rétrécissement de calibre variable, quelquefois très serré ne permettant pas l'exploration du segment sus-jacent, on arrive sur un cylindre rigide à surface intérieure plus ou moins régulière ou sur un rétrécissement infundibuliforme. La tumeur saigne peu dans cette variété ;

c'est du moins ce que nous avons vu chez la malade de la clinique de M. le Prof. Poncet.

L'examen au spéculum a montré également ce rétrécissement annulaire recouvert par une muqueuse d'aspect normal sans ulcération, sans végétation.

Quant à *la forme diffuse* du lymphadénome, le type peut en être fourni par le malade présenté par Schwab.

Dans cette variété l'étude clinique est particulièrement difficile, tout d'abord par ce que nous n'en connaissons qu'une observation, ensuite par ce que les symptômes que l'on y rencontre sont des signes banals qu'on rencontre dans d'autres affections; aucun d'eux n'a une physionomie particulière, une valeur, pathognomonique.

Les premiers phénomènes qui éveillent l'attention sont des phénomènes d'*entérite*. Le malade présente de la diarrhée; ses selles sont fréquentes, séreuses, et cette hypersécrétion intestinale qui domine la scène au début est persistante.

En même temps le malade peut avoir des hémorragies rectales assez abondantes pour l'affaiblir considérablement, et ce phénomène cadre bien avec ce fait que la tendance hémophilique est considérable dans le cours de la lymphadénie.

Les *douleurs* sont peu marquées. Ainsi le malade de Schwab se plaignait d'une douleur modérée au côté droit du ventre.

Mais ces deux derniers symptômes sont quelquefois marqués.

Le malade perd progressivement ses forces, et en

quelques semaines il devient incapable de faire son métier. L'*amaigrissement* est un phénomène remarquable : le malade de Schwab perd 42 livres en 6 semaines. L'appétit disparaît, le ventre se ballonne.

L'*examen de l'abdomen* peut fournir des renseignements importants dans certains cas, on peut avoir la sensation directe de la lésion intestinale.

Généralement la *palpation* de l'abdomen sera rendue facile par l'amaigrissement des malades, mais la palpation du côlon est souvent difficile, car son infiltration n'est souvent pas assez marquée pour donner lieu à une sensation tactile. Si le côlon est épaissi, s'il est entouré d'une couche de graisse considérable comme dans le cas de Schwab, on pourra sentir une consistance plus grande dans les diverses parties du côlon. Dans ce cas la *percussion* peut donner une sonorité voilée ou de la submatité, mais lorsque les anses grêles s'interposent au devant du côlon, le son peut être franchement clair. Souvent l'examen du côlon à travers la paroi abdominale par la palpation et la percussion est impuissant à nous éclairer. On pourrait encore dans certains cas utiliser un procédé d'exploration proposé par Dmitri de Ott, professeur à Pétersbourg. Ce *procédé rectoscopique* permet de réaliser l'inspection du rectum et même du gros intestin par l'éclairage direct. Le malade étant mis en position de Trendelenburg, on dilate le sphincter avec deux valves ; à l'aide d'une lampe à incandescence, on éclaire la surface interne du rectum et on peut ainsi constater de visu les moindres altérations

de la paroi intestinale. En se servant de valvées étroites et longues (40 centimètres) on parviendrait à éclairer l'S Iliaque en entier. Dans quelques cas on pourrait même par cette méthode explorer le colon descendant.

Enfin comme dernier moyen d'exploration, il reste encore la *laparotomie exploratrice* qui peut fixer le chirurgien sur l'étendue de la polypose lymphadénique.

CHAPITRE V

Complications, Evolution et Pronostic

L'évolution du lymphadénome n'est généralement marquée que par des troubles légers du fonctionnement du tube digestif ; mais dans certains cas on peut voir se produire de véritables complications.

Elles consistent en :

- 1° *Phénomènes d'occlusion aiguë ou chronique ;*
- 2° *Phénomènes de péritonite localisée au contact du côlon.*

Nous avons vu dans la forme localisée, une variété sténosante qui est bien susceptible de produire ces phénomènes d'occlusion aiguë ou chronique.

La deuxième variété de complications est produite uniquement par la forme diffuse du lymphadénome. C'est au niveau du côlon épaissi, que le péritoine réagit ; il nous suffit de citer l'observation de Schwab. Au cours de la laparotomie qu'il fit dans ce cas, Czerny trouva que le côlon descendant et l'S Iliaque présentaient des adhérences multiples à la paroi. C'étaient des phénomènes de péritonite localisée.

Dans la forme circonscrite, l'évolution de l'affection paraît assez lente. C'est généralement depuis longtemps, que les malades présentaient des symptômes

fonctionnels plus ou moins marqués, sans que leur état général fût notablement atteint.

Dans nos observations, les tumeurs ne progressent pas d'une façon très rapide, et au point de vue clinique, elles ne présentent pas les caractères des tumeurs malignes.

Dans notre observation inédite, un résultat stable après l'opération se maintient depuis un an et demi. C'est évidemment trop peu pour se prononcer sur les caractères de bénignité ou de malignité du lymphadénome.

En tous cas, au point de vue purement anatomique le lymphadénome ne présente pas les caractères d'une tumeur atypique. D'ailleurs au point de vue histologique, les lymphadénomes ne présentent pas les caractères d'une tumeur maligne. Ce qui porterait à admettre qu'il s'agit d'une *tumeur bénigne*, c'est qu'on peut observer des néo-productions édifiées d'abord très lentement dans une région déterminée. Mais d'après ce qu'on sait du lymphadénome en général, ces tumeurs peuvent prendre un caractère envahissant ; elles ont alors une marche rapide, les faisant considérer alors comme des tumeurs malignes comme des *lymphadénomes malins* comme des *lymphosarcomes*. Mais il n'est pas de caractères histologiques qui permettent de prédire l'évolution ultérieure de l'affection. La constitution histologique de ces tumeurs offre une grande analogie avec le tissu adénoïde normal. Il s'agit par conséquent de tumeurs typiques bien caractérisées. Ce n'est que l'évolution des phénomènes cliniques qui pourra seule nous

renseigner sur le degré de malignité de ces tumeurs. Or, les malades n'ont pas été suffisamment suivis, pour pouvoir se prononcer à cet égard. Cependant il nous semble que ces tumeurs sont plutôt bénignes, si l'on en juge par la malade de MM. Bérard et Chalier. Depuis un an et demi en effet, cette malade a été opérée et présente un excellent résultat. Mais l'avenir seul pourra confirmer ou infirmer cette opinion.

Diagnostic.

Etant donné la possibilité pour cette affection de revêtir plusieurs types cliniques suivant la forme anatomique de la tumeur et son étendue plus ou moins considérable, quelles sont les autres affections avec lesquelles on peut confondre le lymphadénome du rectum ? Le diagnostic clinique est très difficile ; qu'il nous suffise de dire qu'il ne fut jamais fait pendant la vie. Ceci s'explique d'après nous par la rareté des faits même que nous décrivons ici. On ne pense pas à la possibilité du lymphadénome du rectum, parce qu'on ignore ou presque l'existence de ces tumeurs.

Si la tumeur est localisée au rectum, on est exposé à croire à une tumeur : *cancer, polype, lipome, myome, sarcome, etc.* ; dans d'autres cas, on pense aux *rétrécissements cancéreux, fibreux, syphilitiques, tuberculeux* qui sont les plus fréquents. Le diagnostic en est très difficile par les seuls signes cliniques.

L'âge du malade est à considérer, le lymphadénome se présentant surtout dans le jeune âge.

L'*évolution de l'affection* est plus lente que dans le cancer.

Les *antécédents du malade* doivent entrer en ligne de compte ; si le malade a présenté des accidents syphilitiques, on sera autorisé à penser à un rétrécissement de cette nature. Pourtant, même dans ce cas, on pourra avoir affaire à un lymphadénome comme dans notre observation. On voit alors la difficulté extrême du diagnostic. Le rétrécissement *cicatriciel* présentera moins de difficultés si on connaît les antécédents du malade ; c'est à la suite d'opérations chirurgicales sur le rectum qu'on le voit apparaître.

La *tuberculose* du rectum peut produire un rétrécissement qui peut être également une cause d'erreur ; la recherche d'autres localisations bacillaires chez le malade, lorsqu'elle est positive peut faire pencher le diagnostic en faveur de cette variété de rétrécissement. Cependant il ne faut pas y attacher une trop grosse importance, car Gosselin insistait sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les malades atteints de rétrécissement du rectum. Cette localisation pulmonaire est-elle secondaire à un rétrécissement dont la nature tuberculeuse est ignorée, ou le rétrécissement lui-même primitivement inflammatoire simple, est-il devenu tuberculeux par une inoculation secondaire facile à concevoir chez des phthisiques, qui déglutissent des crachats remplis de bacilles ? C'est une question qui n'a pas été tranchée.

La présence de quelque tumeur analogue au lymphadénome en un point quelconque de l'organisme faciliterait le diagnostic.

Dans la forme diffuse du lymphadénome rectal, le diagnostic ne présente pas moins de difficultés.

Si nous lisons l'observation de Schwab, nous voyons la diversité des diagnostics posés avant l'opération. Tout d'abord devant la prédominance des phénomènes intestinaux on fait le diagnostic suivant : *catarrhe du gros intestin et péritonite enkystée du côté gauche*. Au bout d'un certain temps, le malade présente toujours des phénomènes intestinaux, le ventre est ballonné. La percussion de l'abdomen révèle de la matité au niveau de la fosse iliaque gauche. On pense alors à un début de *tuberculose péritonéale*. Et ce n'est qu'à l'autopsie, qu'on constate l'existence de *polypes* dans tout le côlon depuis le cœcum jusqu'à l'S Iliaque et le rectum.

Au début, l'affection se caractérise par des phénomènes généraux assez marqués, le malade maigrit progressivement, perd ses forces ; en même temps, il a de la diarrhée. Tels sont les phénomènes essentiels qui se produisent. Aussi n'est-il pas étonnant que dans ces circonstances, malgré l'absence de signes pulmonaires, on porte le diagnostic de tuberculose. En effet, le tableau clinique est bien celui d'une bacillose au début.

On est donc en droit de penser aux affections cachectisantes, *carcinose, tuberculose, anémie essentielle*. En ce qui concerne le *cancer*, l'âge des malades atteints du lymphadénome est moins avancé (c'est généralement de 20 à 30 ans); mais à partir de cet âge cette distinction n'a plus de valeur. En outre dans le lymphadénome il est impossible de trouver une

tumeur vraie, nettement perceptible, comme on peut en avoir dans le cancer.

Le diagnostic avec la *tuberculose* est très difficile ; il est impossible devant les symptômes que nous avons présentés de ne pas la mettre en cause. Mais il n'y a généralement pas de localisations pulmonaires. La recherche du bacille de Koch dans les selles devra toujours être faite dans les cas de diarrhée rebelle. Cette recherche était négative chez le malade de Schwab. Mais en général, dans la tuberculose au début, la diarrhée est peu abondante et pas aussi tenace que dans le lymphadénome. Il y a généralement dans la tuberculose des élévations de température qui font généralement défaut dans le lymphadénome.

Les phénomènes d'entérite feront écarter d'emblée l'idée d'une *anémie essentielle*. La perte des forces, la pâleur sont identiques, mais dans cette dernière il n'y a pas d'amaigrissement, et l'examen du sang montrerait une diminution des globules rouges.

Dans certains cas on pourra penser à la *dyssenterie*, mais la recherche des amibes ou des bacilles dans les selles trancherait le diagnostic.

Enfin les *polyadénomes du côlon* présentent des signes analogues à notre tableau clinique. Ici nous pouvons avoir comme dans le lymphadénome des signes tirés de l'examen direct du côlon ; on peut le sentir épaissi à travers la paroi abdominale, et en même temps il y a des phénomènes d'entérite très marqués. Dans ce cas, le diagnostic clinique est impossible.

Pour fixer l'étendue plus ou moins considérable de la tumeur, le toucher rectal aidé du palper abdominal est la seule méthode capable de nous donner des renseignements. On pourra y joindre dans quelques cas l'examen rectoscopique.

Quoi qu'il en soit, si le diagnostic n'est pas fait avant l'intervention, il importe, au point de vue pronostic éloigné, de le faire les *pièces en mains*. Nous savons qu'à ce point de vue l'examen macroscopique de la tumeur est loin d'être suffisant. La véritable nature de l'affection ne pourra être établie qu'avec l'aide du microscope.

CHAPITRE VI

Traitement.

On ne saurait évidemment concevoir à l'heure actuelle d'autre méthode thérapeutique que le traitement *chirurgical*, en ce qui concerne le lymphadénome du rectum, et le but de cette thérapeutique doit être une ablation aussi précoce que possible, une exérèse large. Pouvons-nous ensuite espérer obtenir la *guérison radicale*? Il nous est impossible de répondre étant donné le trop petit nombre de cas connus et suivis, les malades n'ayant généralement pas été revus après l'opération. Cependant chez le malade de MM. Bérard et Chalier, un excellent résultat se maintient depuis un an et demi. Mais ce n'est que lorsque les chirurgiens auront l'attention attirée vers ces sortes de tumeurs que les malades auront été suivis plus longtemps, que l'on pourra se faire une idée nette à cet égard. Quoi qu'il en soit, il paraît rationnel d'enlever ces tumeurs pour obvier aux obstacles mécaniques qu'elles peuvent apporter à la circulation des matières, et peut-être aussi parer à leur extension possible vers le gros intestin ou les organes voisins.

Les moyens d'accès et les méthodes opératoires sont multiples. Ils ne présentent d'ailleurs rien de

spécial ; ce sont ceux qu'on trouve dans le traitement des diverses tumeurs du rectum et en particulier du cancer.

Généralement nous avons affaire à des tumeurs petites, *localisées* uniquement au niveau du rectum, et leur accès est relativement facile. Mais dans d'autres cas, nous avons un néoplasme étendu aux régions *ampullaires*., *recto-sigmoïde*, et même au *côlon*. A ces variations d'étendue et de siège doivent correspondre des procédés opératoires différents.

C'est ainsi que dans le cas d'une tumeur bas située (comme dans l'observation de Broca) bien limitée, peu volumineuse, siégeant à la partie inférieure de l'ampoule, il est indiqué d'employer la voie *naturelle*. L'intervention est extrêmement simple. On attire le néoplasme hors de l'anus, on l'excise et on suture au catgut la perte de substance.

Ces opérations limitées, qui ne seraient guère de mise dans le cancer paraissent bien convenir aux tumeurs dont nous nous occupons ici, attendu qu'elles sont dans la majorité des cas peu étendues. Ce sont des opérations insignifiantes, permettant la guérison, sans amputation de l'anus et du rectum.

Pour les néoplasmes siégeant au niveau de *l'ampoule* particulièrement au niveau de sa paroi antérieure, certains auteurs ont préconisé la *voie transvaginale*. C'est surtout Rehn, en Allemagne, qui s'est fait le défenseur convaincu de cette méthode. (*Arch f. Klin. Chirurgie* 1900, p. 1009.)

D'autres méthodes ont également été soutenues pour le traitement des néoplasmes ampullaires, sus ampullaires et même sigmoïde.

La plus ancienne, la méthode *péyrinéale* de Lisfranc-Denonvilliers, était considérée comme insuffisante et les opérateurs ont imaginé des procédés donnant plus de jour, permettant des interventions plus complètes. Ainsi sont nées la méthode *coccygienne*, de Verneuil et Kocher, la méthode *sacrée* de Kraske qui permet d'aborder le néoplasme facilement et qui semble l'opération idéale; les résultats de cette dernière n'ont pas toujours été brillants. Elle produit de grands délabrements et ne garantit pas toujours l'intégrité des sphincters. On a préconisé aussi la voie *abdomino-périnéale* pratiquée pour la première fois par Czerny.

Sans vouloir essayer d'apprécier la valeur des différentes méthodes que nous venons de passer en revue, nous pensons avec Delore et A. Chalié que la méthode *coccy-périnéale*, combinaison des méthodes de Lisfranc et Verneuil peut suffire dans la généralité des cas, pour l'ablation des néoplasmes rectaux, même très étendus, non seulement sus ampullaires, mais encore recto-sigmoïdes. C'est la conclusion à laquelle arrivent Delore et A. Chalié dans un travail basé sur dix-neuf observations de néoplasmes du rectum, opérés par voie périnéale, à la clinique de M. le professeur Poncet.

A la méthode de Lisfranc-Denonvilliers, il est bon d'ajouter la méthode coccygienne de Verneuil, la résection du coccyx donnant de bons résultats dans l'ablation périnéale. Quénu et Hartmann ont décrit cette résection et Martin de Pan, dans la *Revue de Chirurgie* de 1906 montre tous les avantages qu'on

peut en retirer. C'est cette méthode qui paraît appelée à rendre de grands services et que nous décrirons en détails, car c'est elle qui nous paraît le plus souvent indiquée.

Avant l'opération, il est un certain nombre de *soins préliminaires* indispensables. Depuis plusieurs jours, le malade sera soumis à la diète lactée, et aux antiseptiques intestinaux (nophthal). L'avant-veille de l'opération on le purgera, et la veille on lui donnera un lavement. On peut faire comme l'a proposé M. le professeur Pollosson un *anus iliaque préalable* pour mettre au repos le segment inférieur de l'intestin, empêcher son irritation constante par les matières et permettre par le lavage de la portion inférieure du tube digestif une asepsie meilleure. Cette opération préalable donne de bons résultats d'après Quénu, qui fait passer au cours de l'amputation périnéale 3 à 4 litres d'eau oxygénée dans le rectum, mais elle n'est pas toujours facilement acceptée par les malades.

Après avoir réalisé les précautions que nous avons indiquées, on placera le malade en décubitus dorsal, le siège dépassant l'extrémité de la table d'opération et reposant sur un coussin plat recouvert d'une alèze et d'une serviette aseptique. Deux aides fléchissent fortement les cuisses pour rendre le périnée très saillant, l'anus regardant presque directement en haut. On lave soigneusement le rectum à l'eau oxygénée avec une longue canule, on évacue la vessie, on fait une asepsie soignée du vagin chez la femme. Le périnée et la face interne des cuisses sont brossés, rasés, savonnés.

Puis on ferme l'anus par une suture en bourse ou avec deux ou trois pinces de Museux.

On fera ensuite l'opération proprement dite. La technique opératoire qui nous paraît la meilleure à employer n'est autre que celle de Quénu et Hartmann avec quelques modifications, telle que Delore et A. Chaliier l'ont exposée à propos du cancer du rectum dans la *Revue de Chirurgie* 1907. On peut distinguer plusieurs temps.

1^{er} Temps. — Incision de la peau. — On décrit une incision circulaire ou ovolaire autour de l'anus à une distance variant de un à plusieurs centimètres suivant l'intégrité plus ou moins parfaite de la peau de la région. Sur cette incision circulaire viennent se brancher deux incisions longitudinales médianes, l'une antérieure le long du raphé ano-bulbaire ou ano-vulvaire, l'autre postérieure le long du raphé ano-coccygien et s'étendant jusqu'à la base du coccyx.

2^e Temps. — Incision du tissu cellulaire. — Le bistouri repasse dans les incisions déjà tracées et ouvre latéralement les fosses ichio-rectales, en sectionnant quelques artérioles superficielles dont on fait immédiatement la ligature, pour ne pas encombrer le champ opératoire de pinces hémostatiques. On essaye alors de libérer le rectum périnéal sur toute sa circonférence. On charge alors sur l'index d'arrière en avant de chaque côté du rectum les muscles releveurs de l'anus et on les sectionne entre deux pinces languettes, à un centimètre ou deux des bords de l'organe. On ne conserve que les pinces at-

tenant à ces bords; elles permettront plus tard d'exercer des tractions sur le rectum. Les deux autres sont remplacées par des ligatures aux points qui saignent.

3^e *Temps*. — On rugine le coccyx, et on désinsère les muscles ou ligaments qui s'y attachent. Puis on le *résèque* à sa base avec la cisaille de Liston ou même simplement avec de forts ciseaux. La *libération postérieure* du rectum devient alors facile, car on trouve facilement le plan de clivage à moins d'adhérences extrêmes avec le squelette. Pour ne pas s'exposer à perforer le rectum, le décollement doit se faire avec les doigts plutôt qu'avec les ciseaux. On se tiendra toujours le plus près du sacrum que l'on rasera pour ainsi dire. On pourra ainsi remonter jusqu'au promontoire, en restant en dehors de la gaine rectale. — Il est important de faire soigneusement l'hémostase, pour éviter la production d'hématomes et d'abcès.

4^e *Temps*. Le décollement postérieur fait, un aide tire le rectum en arrière et en bas à l'aide d'une pince de Musseux. On fait ensuite comme on l'a fait en arrière, la *libération antérieure* du rectum, en passant en dehors de la gaine rectale.

Chez l'homme, on sectionne le raphé ano-bulbaire le muscle recto urétral de Henle et on trouve le plan de clivage en arrière de la prostate. Au-dessus de la prostate on atteint la vessie, puis le cul-de-sac péritonéal.

Chez la femme, on fera le décollement du rectum, de la paroi vaginale postérieure, en s'aidant d'un doigt introduit dans le vagin.

Le rectum, libéré en avant et en arrière, est facilement *abaissé* et on aperçoit alors, dans la partie supérieure de la plaie, deux lames latérales à direction sagittale, à travers lesquelles fait saillie le cul-de-sac péritonéal. Ces lames sont les aponévroses recto-génitales. — Avec une valve placée en avant, il est plus facile de reconnaître le cul-de-sac péritonéal. On l'ouvre d'un coup de ciseau et on y met immédiatement une mèche. Dès lors, on obtient, en tirant, un abaissement considérable du rectum « qui pend comme un battant de cloche à la partie postérieure de la brèche périnéale ».

5° *Temps*. — On sectionne la gaine du rectum ainsi que les aponévroses sacro-recto-génitales. On prévient l'hémorragie par le pincement préalable des artères hémorroïdales moyennes. On peut ainsi abaisser davantage le rectum.

6° *Temps*. — Quand cet abaissement est reconnu suffisant, on enlève la mèche antérieure et on ferme le cul-de-sac péritonéal par une suture séro-séreuse, unissant le Douglas au péritoine du côlon pelvien abaissé. Grâce à cette suture le péritoine est moins exposé à s'infecter ultérieurement. On fait ensuite la myorraphie des releveurs en avant et en arrière de l'intestin. On termine l'hémostase en remplaçant les pinces restantes par des ligatures.

7° *Temps*. — On *sectionne l'intestin* entre deux pinces de façon à extirper le rectum à la manière d'un *kyste*. On enlève ainsi d'un seul bloc le rectum et sa gaine. Le bout supérieur est suturé à la peau au moyen de 4 à 5 points de suture au catgut. On dispose

autant que possible le nouvel anus à la place de l'ancien.

On fait un lavage du rectum. On met une mèche de gaze iodoformée en avant du rectum, une autre en arrière. Ces 2 mèches très importantes servent au drainage et à l'hémostase. On mettra un tube de caoutchouc entouré de gaze (sifflet de Tripier) dans le rectum ; on fera un épais pansement maintenu par un bandage en T.

Comme soins consécutifs, on mettra le malade à la diète et on le constipera par l'opium pendant les premiers jours. Les mèches seront remplacées soigneusement tous les jours jusqu'à complète cicatrisation. Au 8^e jour on pourra commencer à alimenter progressivement le malade.

Le procédé que nous donnons en détails, ne diffère que peu des procédés ordinaires d'*amputation périnéale* du rectum. Cette voie permet d'extirper jusqu'à 25 centimètres d'intestin, 30 centimètres d'après Kocher, 40 d'après Vallas.

La *résection du coccyx* donne un large accès en arrière, et ne présente pas les inconvénients de l'opération de Kaske, qui s'accompagne souvent de troubles nerveux graves.

Elle a aussi l'avantage de faciliter le drainage postérieur, utile dans le cas d'hématomes ou d'abcès en arrière du rectum après l'opération.

Bien que cette méthode nous paraisse suffisante dans la généralité des cas, il n'en est pas moins vrai que lorsque le lymphadénome s'étend beaucoup plus haut jusqu'au côlon, il est difficile de l'atteindre.

Par suite de ces difficultés, on peut se demander si le traitement médical ne suffirait pas. Chez le malade de Schwab il ne paraît pas avoir donné de brillants résultats. Toute médication est restée impuissante; le régime végétarien, l'opium à l'intérieur, les lavements, le repos au lit n'ont amené qu'une « *légère amélioration* » mais qui ne fut que passagère.

Le traitement chirurgical est donc à envisager; les opérations par l'anus ne doivent pas nous arrêter car l'extirpation, forcément partielle, ne porte que sur l'ampoule rectale tout au plus. Si l'anémie et la faiblesse des malades ne contrindiquent pas une opération plus large.

Pour les néoplasmes siégeant au niveau de l'S Iliaque et de la partie inférieure du côlon descendant, la *méthode combinée abdomino-périneale* sera indiquée. Quénu surtout s'est attaché à perfectionner la méthode et voici la technique qu'il conseille :

Dans un premier temps, après la laparotomie médiane on fait la ligature des artères hypogastriques; on libère ensuite l'anse sigmoïde et on crée un anus artificiel au niveau de la fosse iliaque gauche.

Ensuite, on extirpe par la voie périnéale le bout inférieur bien clos qu'on vient de libérer. Cette opération relativement facile chez la femme est plus laborieuse chez l'homme où les dangers d'infection sont plus nombreux (bassin plus étroit, adhérences de la prostate). Le pronostic opératoire est d'après la plupart des auteurs, plus grave chez l'homme. Toutefois la mortalité, même chez la femme, est encore considérable. On ne devra l'employer que dans les cas non judiciaires des autres méthodes.

Cette ablation totale du rectum laisse forcément un anus iliaque définitif, mais au point de vue fonctionnel un anus iliaque bien établi, sur lequel on peut facilement appliquer un appareil obturateur, est bien préférable à un anus périnéal incontinent.

Mais dans le cas de polypes *disséminés dans toute l'étendue du gros intestin*, il sera peut-être indiqué de chercher à obtenir la *séquestration* de ce gros intestin en détournant le cours des matières par un *anus cæcal*.

Dans le cas où les polypes lymphadénoïdes seraient encore plus étendus, et intéresseraient encore l'intestin grêle, il n'aura qu'à s'abstenir de toute intervention et on devra se contenter du traitement médical.

En *résumé*, les indications opératoires nous paraissent surtout dépendre du siège du néoplasme.'

Pour les néoplasmes *très limités*, bas situés, on emploiera la *voie naturelle*.

Pour les tumeurs *recto-sigmoïdes* on s'adressera à la méthode *coccy-périneale*.

Pour les tumeurs intéressant encore la *partie inférieure du colon descendant* la voie *abdomino-périnéale* pourra être indiquée.

En ce qui concerne la *colite polypeuse lymphatique* étendue à tout le gros intestin, il sera bon de le séquestrer par un *anus cæcal*.

OBSERVATION I (inédite)

(Dûe à l'obligeance de MM. L. Bérard et A. Chaliér.)

Rétrécissement annulaire de l'ampoule rectale par lymphadénome. — Extirpation du rectum par la méthode coccy-périnéale.

Anne B..., 36 ans, entre le 29 avril 1907 dans la clinique du professeur Poncet, suppléé par M. Bérard. Elle vient pour des troubles de la défécation.

Rien de spécial à noter dans ses antécédents héréditaires ; ses parents sont encore vivants et bien portants.

Personnellement, elle est mariée et a eu deux enfants. Le premier est mort à quinze mois d'une broncho-pneumonie. Le second actuellement âgé de 14 ans est en bonne santé. Pas de fausses couches. Pas de signes de bacillose. Syphilis probable.

La malade raconte en effet, qu'il y a 7 ou 8 ans, son mari fut soigné pour une prétendue maladie d'estomac avec des pilules et de l'iodure de potassium. Elle-même se souvient d'avoir eu à peu près à cette époque, une dysphagie assez tenace, qui aurait duré plusieurs semaines. Elle aurait également perdu ses cheveux. Enfin elle eut une attaque subaiguë de rhumatisme, qui se localisa aux genoux et aux cou-de-pieds et qui dura plusieurs mois : les genoux auraient présenté, semble-t-il, une hydarthrose assez marquée, qui se résorba en deux mois. En même temps, la malade eut une éruption formée de plaques rougeâtres, disséminées sur les membres, non purigineuse et n'ayant pas spécialement occupé les faces d'extension.

Le traitement donné alors par un médecin, consista en pilules et en iodure. De plus, il y a deux ans, la malade paraît avoir eu une iritis bilatérale, mais elle n'a jamais eu de céphalée, ni de douleurs ostéocopes.

Les premiers troubles de l'affection pour laquelle elle entre à l'Hôtel-Dieu, remontent à une époque assez éloignée. Il y a en effet cinq ou six ans qu'elle est constipée et ne peut aller à la selle spontanément. Pendant longtemps les laxatifs ou les lavements simples ont permis l'évacuation de l'intestin, mais depuis 8 ou 10 mois ces moyens ont été souvent inefficaces et n'ont pas empêché la malade de présenter fréquemment des crises d'obstruction avec suppression des matières et des gaz, ballonnement du ventre, nausées, rarement vomissements.

Depuis un an, les matières sont aplaties, effilées, rubanées comme passées au laminoir. Elles sont souvent recouvertes de glaires muco-sanguinolentes, sans qu'il y ait jamais eu d'hémorragie vraie.

L'état général est bien conservé. La malade a cependant un peu maigri ces derniers mois ; elle dit avoir réduit son alimentation dans d'assez grandes proportions, pour éviter d'aller à la selle.

Les douleurs sont nulles au repos, mais la défécation s'accompagne de tenesme et nécessite beaucoup d'efforts

A l'examen de la région anale on ne constate pas d'hémorroïdes, pas de fistule, pas de fissure. Un peu de contracture du sphincter.

Au toucher rectal, on sent à 5 ou 6 centimètres de l'anus, dans la région ampullaire, un rétrécissement annulaire très serré, ne permettant pas l'exploration du segment sus-jacent. Pour faciliter cet examen, on pratique la dilatation du rectum avec des bougies d'Hégar. On commence par le numéro 8 et on arrive assez aisément au numéro 15 que l'on ne dépasse pas.

Au toucher pratiqué après la dilatation, on sent qu'il existe une stricture fibreuse en virole ou plutôt en valvule annulaire, que l'on franchit aisément avec le doigt. Celui-ci ramène un peu de sang.

A l'examen au spéculum ani, on aperçoit très nettement le rétrécissement annulaire qui circonscrit un orifice de moins de deux centimètres de diamètre (après dilatation). La muqueuse est rougeâtre, d'aspect normal, sans ulcération, ni végétation. Il n'y a pas d'épaississement, ni d'infiltration des tuniques rectales au-dessus ou au-dessous de la virole. On ne sent aucun ganglion dans la concavité sacrée. La cloison recto-vaginale est indemne.

Rien aux autres organes.

Opération, le 3 mai 1907 (M. Bérard). Extirpation de l'anus et du rectum, par la méthode coccy-périnéale. Incision circulaire autour de l'anus et incision médiane postérieure remontant jusqu'au sacrum. Résection du coccyx. Libération méthodique du rectum sur ses quatre faces. Abaissement du rectum et section à deux ou trois centimètres au-dessus du rétrécissement sans ouverture du péritoine. Suture circulaire du bout supérieur aux lèvres de la plaie. Sifflet de Tripier dans le rectum. Drainage postérieur avec une mèche.

Suites opératoires. — La température s'élève le soir des deux premiers jours à près de 40°. Elle cède à l'ablation de la mèche, au troisième jour. Cicatrisation progressive. Pansement et lavage tous les jours ou tous les deux jours. Guérison complète au bout d'un mois. La malade part le 8 juin ; elle est un peu constipée et n'a pas la moindre incontinence des matières.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée d'une longueur de 8 centimètres, représente les $\frac{3}{4}$ inférieurs du rectum. Le rétrécissement occupe la partie supérieure de l'ampoule. Exactement annulaire, il a la forme d'une valvule recouverte de points jaunâtres et reposant sur un tissu lardacé et plus ou moins oedémateux. La section a porté en plein tissu sain à plus de 2 centimètres au-dessus de la limite supérieure du rétrécissement. Pas de ganglions sacrés.

Examen histologique (J. Chalier (1). — Sur la coupe du fragment prélevé on n'aperçoit aucune formation pouvant se rapporter à la tuberculose, à la syphilis ou à un épithélioma. On y constate un grand nombre de cellules arrondies à noyau net, contenues dans un réticulum fibrineux très apparent. En résumé, lymphadénome.

Suites éloignées. — Le 30 novembre 1908, la malade a donné de ses nouvelles à M. Bérard. Elle pesait 52 kilos avant son opération. Actuellement elle en pèse 69. Elle mange bien, digère bien, ne présente ni vomissements, ni douleurs. Elle va à la selle régulièrement tous les matins; elle n'a pas la moindre rétention, ni la moindre incontinence et elle est très satisfaite du résultat de son opération.

OBSERVATION II

Broca. — (In traité de chirurgie du rectum. Quénu et Hartmann.)
Production polypiforme du rectum, à structure lymphoïde.

Amélie L..., âgée de 12 ans, est entrée à l'hôpital Trousseau le 11 juin 1897.

Elle a eu la rougeole, ses père et mère sont vivants; 3 sœurs plus jeunes se portent bien.

A..., est constipée depuis longtemps. Depuis deux mois elle sentit une tumeur sortir du rectum, chaque fois qu'elle allait à la selle; elle pouvait aussitôt la faire rentrer. Dans l'intervalle des selles, la tumeur ne sortait jamais. Aucune douleur, défécation facile, aucun saignement.

Etat actuel. — Tumeur pédiculée, lobulée, semblable à une grappe de raisin. La tumeur s'implante sur la paroi antérieure du rectum à 3 centimètres environ de l'anus, par un pédicule

(1) Nous sommes heureux de remercier ici notre ami J. Chalier, préparateur à la Faculté, à qui nous devons cet examen microscopique. Le diagnostic de lymphadénome a été confirmé au laboratoire d'anatomie pathologique, par MM. Paviot et Bériel.

lamelleux formé d'un adossement de la muqueuse à elle-même. Ablation le 11 janvier après ligature du pédicule. Sortie le 14 février.

La pièce anatomique se compose de deux masses assez volumineuses reliées par une portion effilée. Elle est représentée à la page 363 du traité de Chirurgie du rectum de Quénu et Hartmann.

Examen histologique. — Les coupes sur lesquelles a été fait l'examen histologique sont reproduites sur la planche XXVIII de ce traité.

La note remise par M. Landel contient la description microscopique. Les deux lobes qui constituent la tumeur ont une structure semblable. Si nous examinons l'un d'eux, nous voyons qu'il est constitué par un tissu d'aspect lymphoïde, recouvert par la muqueuse rectale, et rattaché à la paroi par un pédicule.

Aspect général. — Le tissu lymphoïde qui forme la tumeur, se compose d'un nombre variable d'amas d'éléments lymphatiques (de 20 à 25 sur la coupe d'un lobe moyen) ressemblant à des follicules clos et plus ou moins nettement séparés les uns des autres par du tissu fibreux. Ces îlots lymphatiques ont des dimensions variant de 1 à 3 millimètres.

Leurs contours ne sont généralement point réguliers, souvent les masses opposées de deux amas folliculaires voisins sont à peu près juxtaposables, de telle sorte, que ceux-ci semblent plutôt représenter les différentes parties d'un follicule unique qui serait découpé par des bandes fibreuses. D'ailleurs, les contours ne sont pas nettement définis, les travées fibreuses contiennent les unes et les autres, des éléments cellulaires et un substratum conjonctif qui se confondent sur les bords; les amas folliculaires sont simplement déterminés par une plus grande abondance de cellules lymphatiques.

Substratum fibreux. — La charpente de la tumeur est constituée par un stroma fibreux, parfois fibrillaire, particulièrement développé dans le voisinage du pédicule, à la périphérie de chaque lobe et dans les espaces interfolliculaires.

Dans le voisinage du pédicule (pl. XXVIII, fig. 1, p.), ce tissu se présente sous forme de fibres assez serrées à directions parallèles. Ce tissu contient de nombreux vaisseaux qui se distribuent dans la tumeur.

Vers la périphérie de chaque lobe, le tissu fibreux s'étale en nappe immédiatement au-dessous de la muqueuse (planche XXVIII, fig. 1 m.), qu'il sépare nettement du tissu sous-jacent ; cette nappe est formée de fibres parallèles à la surface à la tumeur, mais anastomosées et formant un réticulum fibreux. La *muscularis mucosæ* semble avoir disparu.

Le tissu conjonctif fibreux du pédicule et cette nappe fibreuse périphérique, sont reliés l'un à l'autre par des travées qui circonscrivent des îlots lymphatiques de la tumeur. Ces travées ont leur aspect très variable.

Tantôt elles sont très apparentes et sont formées de plaques fibreuses épaisses plus ou moins parallèles, tantôt elles se réduisent à un réticulum fibreux parfois très peu visible. Elles sont parfois interrompues ou incomplètes. De ces travées principales partent des ramifications moins importantes, qui pénètrent dans les îlots lymphatiques et les subdivisent ; on rencontre également dans ceux-ci, entre les cellules, des sortes de plaques fibreuses irrégulières. Les travées fibreuses semblent se résoudre en un réticulum fibrillaire très incomplet à mailles lâches et irrégulières, qui constitue la trame des îlots lymphatiques.

Entre les fibres qui constituent la tumeur, se trouvent des cellules lymphatiques et de nombreux vaisseaux.

Vaisseaux. — Les vaisseaux de la tumeur sont des artérioles et des veinules bien différenciées à parois adultes. On les rencontre exclusivement dans le tissu fibreux, soit vers le pédicule, soit dans les travées ou dans les plaques fibreuses. Il convient de signaler des lacunes peu importantes, mais assez fréquentes dans les îlots lymphatiques, mais elles ne paraissent point être de nature vasculaire.

Éléments cellulaires. — Les éléments cellulaires se rencontrent dans les îlots lymphatiques et dans les travées fibreu-

ses. Dans les îlots lymphatiques, ils sont placés côte à côte ; ils diminuent simplement de nombre dans le voisinage des travées fibreuses, de telle sorte que la limite des îlots folliculaires n'est pas nettement indiquée.

Toutes ces cellules sont identiques à celles que l'on observe dans les ganglions lymphatiques. Les unes sont petites ; leur protoplasme est peu visible, leur noyau régulièrement sphérique est très riche en chromatine. Les autres sont plus grandes avec un protoplasme également peu visible et un noyau clair et irrégulier. Entre ces deux types se trouvent tous les intermédiaires. Les éléments à deux ou trois noyaux sont peu nombreux ; il n'y a point de cellules géantes. A côté des noyaux, et le plus souvent en dehors de la cellule, on voit souvent de petits grains irréguliers, espacés, ayant l'apparence et la réaction des grains chromatiques. Les figures de caryokinèse ne sont pas rares sans être abondantes. Nous n'avons pu trouver ni cellules éosinophiles, ni cellules à granulations.

Muqueuses. — La muqueuse qui recouvre la tumeur est manifestement atrophiée. Les glandes ont disparu en beaucoup d'endroits ; tout le tissu interglandulaire est infiltré de cellules lymphatiques, et il n'y a plus trace d'épithélium cylindrique à sa surface. Les cellules épithéliales des glandes semblent avoir gardé leur épithélium normal ; pourtant en certains points, les noyaux ne prennent que très faiblement les réactifs et paraissent dégénérés.

Nature et évolution de la tumeur. — L'absence de fibre musculaires lisses dans la tumeur et son revêtement par la couche glandulaire, nous démontrent que le développement s'est fait au niveau de la sous muqueuse. Nous devons nous demander à présent si cette production est bien une véritable tumeur et quelle peut être son évolution. La seule structure histologique ne suffit pas à nous renseigner à ce sujet ; mais on peut remarquer que ces productions se développent de préférence chez de jeunes enfants, dont la muqueuse rectale ne présente pas fréquemment de lésions inflammatoires étendues.

Sont-elles ou non de nature maligne ? Certains auteurs ne se basant d'ailleurs que sur l'aspect microscopique en ont fait des lymphadénomes. Elles en diffèrent cependant sur ce point d'une façon assez notable.

Outre qu'elles sont plus ou moins étroitement pédiculisées, et que les observateurs, peu nombreux il est vrai, n'ont pas eu à citer de récidives, la structure histologique indiquerait peut-être certains caractères de bénignité ; les figures caryocinétiques ne sont point abondantes, les cellules éosinophiles, fréquentes dans le lymphadénome manquent complètement (au moins dans notre cas), il existe des bandes fibreuses qui coupent les îlots folliculaires et sont par conséquent de formation postérieure ; il y a aussi des plaques fibreuses à l'intérieur des îlots lymphatiques, ce qui paraîtrait montrer une tendance à la transformation fibreuse des éléments. En outre on n'observe que des vaisseaux à parois adultes.

Ball regarde ces productions comme des tumeurs bénignes.

OBSERVATION III.

FÉLIZET ET BRANCA. — (*In Bulletin de la Société anatomique de Paris*, février 1897, p. 407.)

Fillette de huit ans, en bonne santé, qui vient consulter pour des rectorrhagies survenues depuis deux mois ; ces pertes de sang étaient peu abondantes, mais revenaient fréquemment à intervalles irréguliers. Le toucher rectal montre l'existence d'une petite tumeur, rouge, lisse, à peine lobulée, grosse et ronde comme un noyau de cerise, implantée à la face postérieure du rectum à trois travers de doigt de l'anus, par un pédicule large et court. Le polype est enlevé, mais la malade est perdue de vue.

A l'examen de la pièce, on constate une tumeur rouge lisse, à peine lobulée : sa consistance est molle, sa coupe gluante. elle est fixée dans le Müller et durcie à l'alcool.

L'examen histologique montre au faible grossissement, une zone périphénique claire répondant au hile de la tumeur et à

la surface muqueuse. Une zone centrale formée de lobules irréguliers foncés, juxtaposés, formant une mosaïque régulière ; ces lobules sont séparés par des zones claires qui se continuent avec la zone corticale.

Au fort grossissement, la zone corticale est formée :

1° D'un épithélium de revêtement cylindrique avec quelques cellules caliciformes et des glandes tubuleuses.

2° D'un derme contenant des faisceaux conjonctifs fins avec des cellules fixes, des lymphocytes à noyau volumineux, de gros leucocytes polynucléaires et profondément on trouve une musculaire mucosée.

La zone centrale est formée de lobules irréguliers polygonaux contenant :

1° Un réticulum délicat que le pinceautage met en évidence.

2° Des leucocytes de la petite et de la grande variété occupant les mailles du réseau si nombreux et si serrés qu'ils dérobent à la vue le réticulum.

3° De place en place on trouve des capillaires sanguins équidistants, dont la lumière arrondie est séparée des voisins par un mince anneau conjonctif.

De cet examen histologique, Félizet et Branca concluent qu'il s'agit d'un néoplasme, que ce néoplasme s'est développé au-dessous de la musculaire et qu'il est formé par un tissu analogue à celui des ganglions lymphatiques, qu'ils ont eu affaire à une tumeur qui histologiquement est un lymphadénome.

OBSERVATION IV.

HARRISON CRIPPS. — (In Transaction of the patholog. Society of London 1881-1882).

Un cas de polypes disséminés du Rectum.

Le malade, un garçon de 19 ans, présenta l'affection suivante : Tout d'abord, autant qu'on se le rappelle, il eut une bonne santé jusqu'à neuf ans. Mais alors, après avoir été

exposé un jour au froid, il eut une hémorragie considérable par le rectum. Six mois après, on constata par hasard un bourrelet saignant après la défécation. On l'admit à l'hôpital, et le bourrelet fut enlevé à l'âge de 11 ans. Les symptômes hémorragiques furent suspendus temporairement, mais se reproduisirent deux ans après. Il fut de nouveau soumis à une opération qui n'amena encore qu'une amélioration temporaire. Depuis cette époque on lui enleva à trois reprises à l'hôpital Saint-Barthélemy, des ex-croissances, mais sans réel résultat. Quand il revint de nouveau à l'hôpital, il était extrêmement anémique, ayant souffert beaucoup d'hémorragies pendant les quelques derniers mois. Son pouls était rapide et faible, et il semblait à peine en état de supporter une opération. Après avoir passé quelques jours au lit, il fut bien rétabli de son affaiblissement; il ne survint pas d'autres hémorragies.

C'est alors qu'il fut examiné sous le chloroforme et on trouva l'état suivant. En dilatant le sphincter, on vit plusieurs masses de dimensions variables, allant d'un petit pois à une bonne noix. Quelques-unes n'avaient pas de pédicule; d'autres en avaient de très nets, mais ces pédicules étaient généralement petits. Ces tumeurs étaient très molles et il n'y avait pas d'induration de la muqueuse sur laquelle elles étaient développées. A l'aide d'un spéculum, on put voir vingt à trente tumeurs polypeuses distinctes et séparées, également distribuées dans le rectum.

A côté de ces grosseurs qu'on pouvait observer, on pouvait en sentir d'autres par le doigt, qui empêchaient d'atteindre la partie supérieure de l'intestin.

Quelques-unes des grosseurs les plus procidentes furent enlevées par ligature, et immédiatement mises dans l'acide chromique.

Les caractères histologiques sont les mêmes que dans l'observation suivante.

OBSERVATION V

Harrisson Cripps (in Transaction) of the patog. society of London
1881-82.

Ce deuxième cas rapporté par le même auteur, correspond de si près dans ses symptômes à ceux déjà relatés dans l'observation précédente, que de plus amples détails sont à peine nécessaires.

Le patient dans ce cas, était une jeune fille de 17 ans. Mais fait extraordinaire et intéressant c'était la sœur du malade précédent.

Elle avait éprouvé des symptômes depuis l'âge de 7 ans et avait été opérée deux fois.

Dans ce cas, les tumeurs étaient un peu plus volumineuses, mais pas tout à fait aussi nombreuses que chez le garçon.

Ces deux observations sont remarquables d'une part, par une dissémination considérable des polypes d'autre part, leur structure histologique, sur laquelle l'auteur désire attirer l'attention.

Une coupe de la tumeur faite perpendiculairement à la muqueuse, intéressant longitudinalement le pédicule, montre la structure suivante :

On voit une partie centrale de tissu fibreux se continuant avec le tissu de la sous-muqueuse. Si on la suit jusqu'au bord de la tumeur, on voit qu'elle se divise et se subdivise dicotomiquement comme les branches d'un arbre. Les dernières fibres des branches terminales souvrent dans un tissu fibreux, sur la surface duquel se trouve une simple rangée de cellules épithéliales.

Les branches centrales ne consistent pas en un simple tissu fibreux ; elles présentent une disposition particulière. Elles sont arrangées pour former un réseau de canaux longitudinaux contenant des cellules lymphoïdes.

Ces sortes de canaux se continuent d'un côté avec le réseau ouvert sur lequel la colonne épithéliale de cellules est placée. De l'autre côté, elle se continue avec le tissu conjonctif sous-épithélial.

Le réseau décrit sous la couche épithéliale est rempli de cellules lymphoïdes. Cette partie de la tumeur est comparable à la section faite sur l'appendice vermiculaire d'un lapin en bonne santé.

On remarque une analogie exacte de la forme des cellules.

OBSERVATION VI

Schattok (in Transactions of the patholog. society of London, 1890, p. 137.)

Polypes de tissu lymphatique du rectum chez un enfant.

Deux tumeurs ovoïdes largement pédiculées de 1 à 5 cent. de diamètre furent enlevées du rectum d'un jeune enfant en même temps que d'autres tumeurs.

Extérieurement, elles étaient lobulées légèrement et la section de l'une d'elles montrait qu'elle était formée par un aggrégat de masses distinctes arrangées côte à côte, de forme sphérique et revêtues superficiellement par la muqueuse.

A l'examen microscopique on voyait que ces excroissances étaient composées exclusivement de tissu lymphatique, c'est-à-dire d'un réticulum contenant de petites cellules à noyau arrondi.

Les glandes et le tissu lymphatique des tumeurs se trouvent immédiatement au-dessous. Ces polypes furent enlevés d'un enfant de quatre ans et demi, par M. Clutton et sont présentés à cause de leur caractère histologique peu fréquent.

L'enfant dont il s'agit, avait souffert des vers. En mai 1889 alors qu'il était sur le vase, il se produisit un prolapsus du rectum avec écoulement d'une grande quantité de sang. Après son admission à l'hôpital Victoria, on vit un polype procident du rectum.

A l'examen du rectum, on trouvait sa muqueuse hérissée d'excroissances sessiles et cela aussi loin que le doigt pouvait atteindre. Trois fragments considérables furent enlevés avec les ciseaux au-delà du sphincter interne et en même temps on évacua un grand nombre de vers intestinaux.

L'affection dont il s'agit est le lymphadénome, maladie dans laquelle l'hypertrophie des follicules clos et des plaques de Peyer est très considérable et aboutit à des excroissances de nodules lymphatiques.

Cependant l'opérateur signale que rien n'attira son attention sur l'hypertrophie des glandes lymphatiques.

OBSERVATION VII

Schwab (in Beitrag zur Klinische Chirurgie XVIII 2)

X..., pharmacien, 37 ans, entre le 10 décembre 1895. Père et frère du patient, morts de maladie du cœur. Antécédents familiaux sans importance. Le patient n'a jamais été malade; il a deux enfants bien portants. Jamais de dysenterie. Déjà depuis quinze ans, il souffre de légères douleurs hémorroïdaires. Au commencement d'octobre 1895 se produisirent soudainement de violentes hémorragies qui affaiblirent beaucoup le malade. Les selles étaient diarrhéiques; l'appétit disparaissait et le ventre était souvent ballonné par des gaz. Dans l'espace de 6 semaines, son poids diminua de 42 livres. Les urines étaient en quantité normale. Le malade éprouvait une douleur modérée au côté droit du ventre. Depuis huit jours, s'est formé un gros bourrelet hémorroïdaire, qui se trouve en avant de l'anus et l'hémorragie a cessé.

Etat actuel (19 décembre 1895.) Fortement constitué, homme corpulent avec signe de grand affaiblissement et de faiblesse. Pas d'œdème. Langue humide légèrement chargée, haleine fétide. Poumon et organes thoraciques normaux. L'abdomen montre dans le côté gauche, jusqu'à la région lombaire, une légère diminution de sonorité qui se maintient par les chan-

géments de position. La palpation montre à cet endroit une résistance légèrement augmentée et un endolorissement sensible à la pression, mais il n'y a aucun signe de tumeur nette. Pas d'hyperphophie du foie, de la rate ; urine sans sucre ni albumine. Au bord gauche de l'anus se trouve une fente de la peau qui s'étend sur une surface plane, sans ulcération. Cette fente étroite représente le restant du bourrelet hémorrhodaire mentionné plus haut qui s'est flétri.

A l'examen du *Rectum*, on trouve une muqueuse particulièrement granuleuse, verruqueuse, mais molle, sans induration ou infiltration ou tuméfaction nulle part. Après l'administration d'un lavement de deux litres environ d'eau savonneuse, de façon que la partie gauche correspondant au côlon transverse et descendant soit nettoyée, on voit s'écouler un liquide fécaloïde mais sans pus ou sang. Dans les selles même, malgré de nombreux examens, on ne trouve pas d'amibes intestinales ni de bacilles tuberculeux. Cinq à six selles par jour, purée de pois.

Se basant sur ces constatations, on fit le diagnostic suivant : Catarrhe du gros intestin avec ulcère dans la région de l'anse sigmoïde et péritonite exsudative enkystée du côté gauche.

Le traitement consista en diète lactée, opium, repos au lit.

Sous l'influence de ce traitement l'état s'améliora le poids du corps passa de 128 à 133 livres, les forces s'accrurent, de manière que le malade put aller se promener. L'appétit s'améliora, mais cependant les selles persistèrent à rester claires (3 à 4 fois par jour). La petite résistance et la matité constatées dans la région du côté gauche du bas ventre ne changèrent pas.

Le 5 février 1896, le malade fut renvoyé chez lui à sa demande, mais déjà le 5 mars il rentrait de nouveau, car chez lui l'état avait empiré, l'appétit disparu, les forces diminuées. Le poids avait diminué de quelques livres. Les selles sont toujours en bouillie sans fragments, sans trace de sang. L'état local est changé. Dans le côté gauche et dans la région du

bas ventre une très légère résistance dans une zone limitée est également sensible. Il y a une légère diminution de la sonorité du côlon. Le patient reçoit une nourriture essentiellement végétarienne en particulier du gruau, des farineux et du lait. L'état local ne s'améliora pas et le malade présenta alors les symptômes suivants: Fatigué, anémique, le malade ne présente pas de signes nets du côté des organes thoraciques, mais l'abdomen est un peu gonflé, modérément tendu, et à la percussion on constate à droite, à égale distance de l'ombilic et de la symphyse, une matité semi-lunaire s'étendant vers l'ombilic et la région lombaire. Dans la région iliaque gauche, il y a de la douleur.

On pensa à un début de tuberculose péritonéale et on décida une laparotomie exploratrice qui fut faite le 25 juin par Czerny. Après anesthésie au chloroforme et incision de la paroi abdominale, on trouva le péritoine farci de graisse et fixé largement au côté par des adhérences qui furent détruites. On trouva ensuite sur l'S Iliaque des appendices épiplœiques très développés. L'S Iliaque était adhérent; ces adhérences furent facilement rompues mais elles saignèrent. Le côlon descendant était très épaissi et sa paroi était infiltrée de masses de graisse.

A la surface intérieure de l'intestin on découvrit des ulcérations. Rien d'anormal dans la région cœcale. On tamponna la surface saignante avec de la gaze stérilisée et on sutura la plaie abdominale par des sutures profondes. Pas d'exudat visible nulle part; la matité était donc due aux masses de graisse. On diagnostiqua alors colite chronique tuberculeuse avec péricolite adhésive.

Après l'opération, pouls petit et fréquent. Le 26 juin, il y eut évacuation de mœnas qui provenaient manifestement des incisions faites sur les parties supérieures de l'intestin, vraisemblablement du côlon descendant.

Le collapsus survint malgré des injections d'éther et de camphre.

Autopsie. — L'autopsie permit les constatations suivantes :

Les organes ne montrent pas de signes de tuberculose. Tout le côlon, depuis le cæcum, montre des polypes et l'S Iliaque est surtout atteint. A ce niveau, siège une tuméfaction plus grosse que toutes les autres. Ces tuméfactions ont un pédicule court ou long, quelques-unes ressemblent à des nodosités dans la muqueuse. Leur grosseur va de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Beaucoup sont hyperémiées. En un point correspondant au côté droit se trouve un étranglement provenant d'une ulcération cicatrisée, mais on ne peut en établir la nature.

Un autre étranglement se trouve à gauche et la partie de l'intestin comprise entre ces deux étranglements est très dilatée. On ne voit nulle part d'ulcération évidente ni de processus tuberculeux.

Dans le rectum, on ne voit que relativement peu de polypes leur couleur est un peu plus foncée que celle de la muqueuse avoisinante. Leurs extrémités présentent des encoches de profondeur variable, qui leur donne un aspect hérissé; elles rappellent des papilles. Au niveau de l'intestin on voit beaucoup de polypes implantés dans la muqueuse, qui présentent un aspect assez lisse, tandis qu'au niveau de l'S Iliaque les tuméfactions sont plus considérables. Tout le côlon est entouré par une couche de graisse considérable. La muqueuse et la musculature ont leur épaisseur normale.

L'examen microscopique donna le résultat suivant :

Toutes les couches de l'intestin sont sensiblement hypertrophiées. En particulier, la séreuse est si riche en graisse, que l'intestin a une consistance plus considérable que normalement. Et ce fait explique la résistance sentie pendant la vie du côté gauche de l'abdomen. La muqueuse et la sous-muqueuse sont épaissies, les follicules de l'intestin sont hypertrophiés, mais ne montrent que des cellules lymphoïdes normales. Nulle part on ne voit des cellules géantes ni d'éléments anormaux. Les glandes de la muqueuse se composent aussi de cellules allongées à protoplasma clair, rappelant en plusieurs points la dégénérescence colloïde. Les glandes s'en-

foncent très profondément dans la muqueuse et présentent beaucoup de ramifications. Cependant nulle part on ne voit de productions glandulaires atypiques et la muqueuse rectale n'est pas altérée.

En ce qui concerne les polypes eux-mêmes, l'épithélium des glandes les enveloppe. Cependant sur l'extrémité des polypes il reste quelques rares cellules épithéliales. A cette couche épithéliale se joint une couche très uniforme qui se compose principalement de cellules rondes; celles-ci sont réunies par une substance intermédiaire qui est manifestement adénoïde. La structure des cellules est complètement identique à celle des cellules lymphoïdes. Le reste de la substance des tumeurs est formé de vaisseaux que l'on aperçoit facilement sur la coupe. Guidés par le tissu de soutien de la sous-muqueuse, ils pénètrent dans le polype, s'y ramifient très vite et arrivent jusqu'à la surface. Ceci explique parfaitement les selles sanglantes que l'on observa pendant la vie.

Dans les vaisseaux il n'y a rien d'anormal; leur endothélium est parfaitement intact, leur lumière remplie de globules.

L'examen de la cicatrice qu'on avait trouvée, ne montre rien de caractéristique.

CONCLUSIONS

1) Aux tumeurs du rectum déjà décrites par les auteurs, il faut ajouter le lymphadénome, affection rare qui serait peut-être plus souvent observée, si le diagnostic histologique était fait pour toutes les tumeurs de cette région.

2) Le lymphadénome du rectum se rencontre surtout chez l'enfant et aussi chez l'adulte.

3) Au point de vue anatomo-pathologique, le lymphadénome peut se présenter sous deux formes différentes ; la forme circonscrite, limitée, qui se présente parfois comme un simple bourgeonnement dans la lumière du rectum, et qui dans d'autres cas affecte une disposition annulaire, en virole pouvant

constituer un rétrécissement plus ou moins serré; la forme, diffuse, polyadénomateuse, où l'on rencontre des polypes multiples siégeant sur le rectum, l'S Iliaque et même le côlon. La constitution histologique est identique à celle des tumeurs de même nature siégeant sur d'autres organes.

4) Les signes cliniques, auxquels ces tumeurs donnent naissance sont variables. Dans certains cas ce sont des hémorragies à répétition capables d'anémier le malade; dans d'autres cas, des phénomènes de sténose avec toutes leurs conséquences (troubles digestifs, phénomènes généraux de cachexie).

5) Le diagnostic clinique est fort difficile à cause de la rareté de cette variété de tumeurs; on est surtout exposé à les confondre avec d'autres tumeurs (polypes muqueux, cancers, etc.) ou avec un rétrécissement (congénital, tuberculeux, syphilitique, cancéreux).

Le diagnostic histologique reste le seul juge de la question.

6) Cette affection, dont nous avons pu réunir seulement sept observations, dont une inédite, comporte un pronostic bénin: cependant les observations que nous possédons ne nous permettent pas d'être très affirmatif à ce sujet.

7) Le traitement chirurgical paraît justifié; il consistera dans la forme localisée en une large exérèse du néoplasme, soit par la voie naturelle, soit par la voie coccy-périnéale. Dans la forme diffuse, on devra s'en tenir à un anus cœcal, s'il y a des phénomènes d'obstruction; on donnera surtout le traitement

médical de la lymphadénie (arsénic, etc.) et on fera de la médication symptomatique.

Le Président de la Thèse,
Antonin PONCET

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 3 décembre 1908.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- BRANCA. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, février 1897, p. 161.
- BRAULT. — *Manuel d'histologie pathologique* de Cornil et Ranvier, 3^e édition 1901, t. I, p. 430.
- BROCA. — Production polypiforme du rectum à structure lymphoïde. *Traité de chirurgie du rectum* de Quénu et Hartmann, p. 362.
- CRIPPS. — Deux cas de polypes disséminés du rectum. *Translation of the patholog. Society of London* 1890, p. 137.
- DELORE et CHALIER. — Extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1907.
- GÉRARD MARCHAND. — Chirurgie du gros intestin. 1902.
- GILBERT. — Traité de médecine Charcot. Bouchard. Art. lymphadénome.
- GILLY. — La lymphadénie intestinale. *Th. de Paris*. 1886.
- FELIZET et BRANCA. *Bulletin Société anat.* Paris fév. 1897. p. 407.
- HARTMANN. — *Congrès de Chirurgie*. 1893. p. 698.
- LE DENTU et DELBET. — Art. Tumeurs du rectum. *Traité de Chirurgie*.
- PSALIDAS. — Du lymphadénome en général. *Th. de Paris* 1889.

- QUÉNU. — Extirpation abdomino-périnéale du cancer du rectum. *Société de Chirurgie*, 4 nov. 1896 et *Bulletin Société de Chirurgie* 1897.
- QUÉNU et BAUDET. — L'extirpation périnéale du cancer du rectum. *Revue de Gynécologie*, 1898.
- QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, t. II, p. 361, Art. lymphadénome du rectum.
- REHN. — Die Fortschritte in der Technik der Mastdarm Operationen. *Arch. f. Rlin. Chirurg.* 1900, v. 61, p. 1009.
- RIBBERT. — Lehrbuch der allgemeinen Pathologie Leipzig. Lymphadénome, 1901.
- SCHATTOK. — Polypes de tissu lymphatique du rectum chez un enfant. *Translation of the patholog. Society of London*, 1890, p. 137.
- SCHWAB. — *Beitrag zur Klinische Chirurgie*, XVIII, 2, 1897.
- ZEIGLER. — Lehrbuch der allgemeinen. Pathologie Iena, 1898, t. I, p. 424.

